Lane Medical Library

Aus der Universitäts-Hautklinik zu Kiel
(Direktor: Prof. Dr. Klingmüller)

STANFORD UNIVERSITY
APR
26
1938
LIBRARY

Ueber
PEMPHIGUS FOLIACEUS

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der Hohen Medizinischen Fakultät der
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Vorgelegt von

GERHARD RECKEWEG

aus Löhne i. W.

1935

Gedruckt in der Buchdruckerei der Anstalt Bethel in Bethel bei Bielefeld

Aus der Universitäts-Hautklinik zu Kiel
(Direktor: Prof. Dr. Klingmüller)

Ueber

PEMPHIGUS FOLIACEUS

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der Hohen Medizinischen Fakultät der
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Vorgelegt von

GERHARD RECKEWEG

aus Löhne i. W.

1935

Gedruckt in der Buchdruckerei der Anstalt Bethel in Bethel bei Bielefeld

Nr. 84

Rektoratsjahr: 1935/36

Referent: Prof. Dr. Klingmüller

Korreferent: Prof. Dr. Siegmund

Zum Druck genehmigt: Prof. Dr. Löhr, z. Zt. Dekan

Inhalts-Uebersicht.

A. 1. Geschichtlicher Ueberblick.
2. Chronischer Pemphigus.
3. Genauer Bericht über einen besonders eigenartig verlaufenen Fall der Kieler Klinik.
4. In der Literatur beschriebene Fälle in ihrem Verlauf.

B. Untersuchungsbefunde:
1. Allgemeinuntersuchung.
2. NaCl-Stoffwechsel, Harnuntersuchung.
3. Blutbefunde.
4. Temperatur.
5. Blutsenkung.
6. Dispositionen (Rasse, Bevölkerungsgruppen, Berufe).

C. Therapieversuche.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0284

Die Reaktionsarten und -möglichkeiten der Haut sind nicht so mannigfach, daß die Haut auf jeden sie treffenden Reiz in immer wieder anderer Weise reagieren kann. So finden sich gleiche oder ähnliche Hauterscheinungsbilder, die durch verschiedene Reize hervorgerufen sind, und die trotz vielleicht verschiedener Aetiologien zu Krankheitsgruppen zusammengefaßt werden. Unter den primären Hautblüten ist die „Blase" eine besonders leicht zu erkennende und daher sich selbst aufdrängende Efflorescenz. Sie bedingte schon früh ein Zusammenfassen der mit Blaseneruption einhergehenden Krankheiten, es wurden schon im Altertum alle mit Blasenbildung einhergehenden Hautaffektionen in die Pemphigusgruppe eingereiht. Hippokrates und Galen beschrieben Blasen im Munde, die mit Fieber einhergingen. Aëtius berichtet über Blasenausschlag bei Frauen und führt schon als Aetiologie eine Menstruationsstörung an. Während damals noch alle mit Blaseneruption einhergehende Hauterkrankungen als Pemphigus bezeichnet wurden, gibt Wichmann im Jahre 1790 in seinem Werk: „Ueber Pemphigus" eine Einteilung in die akute und chronische Form an. Mit neuen Erkenntnissen wurde die Pemphigusgruppe immer mehr in einzelne Krankheiten aufgeteilt und es trat eine verwirrend vielfache Unterteilung und Beschreibung von einzelnen Krankheiten ein.

Den Pemphigus foliaceus beschrieb als erster Cazenave im Jahre 1884 als Krankheit sui generis. Seine Forderung, den Pemphigus foliaceus aus der Blasengruppe herauszunehmen, wurde bald wieder verlassen; dagegen wurde unterschieden in die eigentlichen Pemphigusformen: a) den Pemphigus akutus, b) Pemphigus chronicus, c) Pemphigus foliaceus und d) Pemphigus vegetans und von diesen Formen mit Blasenbildung einhergehende Krankheiten wie Epidermolysis bullosa hereditaria, Herpes zoster, Impetigo contagiosa, Pemphigus syphiliticus, Pemphigus neonatorum abgetrennt.

Der Pemphigus akutus wird nach neuester Anschauung auch fallen gelassen. Die Verlaufsformen des Pemphigus dürften in der Regel einen chronischen Charakter zeigen, ein akuter Pemphigus wird nicht als besonderes Krankheitsbild beschrieben, sondern als akuter Ablauf des sonst chronischen Verlaufs aufgefaßt.

Der chronische Verlauf erstreckt sich über die verschiedensten Zeiträume, doch ist die Dauer auch noch bei den einzelnen Verlaufsvarietäten recht verschieden. Dem Pemphigus vulgaris spricht man eine längere Verlaufszeit zu und eine relativ günstige Prognose, der Pemphigus vegetans wird prognostisch schon ungünstiger beurteilt und der Pemphigus foliaceus als schwerste und prognostisch am schlechtesten verlaufende Form des chronischen Pemphigus bezeichnet.

Die Verlaufsart des chronischen Pemphigus ist recht mannigfach und es zeigt fast jeder Fall seine Besonderheit. Jede der drei Ver-

laufsformen des chronischen Pemphigus kann in die andere übergehen oder zu einer schon im Krankheitsverlauf vorher zu beobachten gewesene Art wieder zurückgehen. Ein als Pemphigus vulgaris aufgetretenes Bild kann in den Pemphigus foliaceus übergehen, doch besteht auch die Möglichkeit, daß der Pemphigus foliaceus schon zu Beginn der Erkrankung seine charakteristischen Erscheinungen zeigt. Im Verlauf der Erkrankung können so beide Möglichkeiten bestehen: an einigen Bezirken der befallenen Haut aufgetretene helle, pralle Blasen fallen zusammen und werden zu den charakteristischen Krusten, während an anderen Stellen sich gleich diese bilden.

Die wichtigste Hauterscheinung, die Blase, zeigt in ihrer Größe alle Uebergangsformen von Kirsch- bis Faustgröße, ja noch größere Blasen sind beobachtet worden. Die Blase entsteht durch eine Flüssigkeitsansammlung zwischen Epithel und Corium oder auch intraepithelial, durch Vermehrung dieser Flüssigkeit wächst die Blase. Variationen dieser Blasen oder ihrer Bildung sind durch die Verschiedenheit der Haut gegeben. Kann das die Blasendecke bildende Epithel dem ansteigenden Druck nicht widerstehen, so reißt die Blase ein. Kommt es garnicht zur Blasenbildung, sondern erfolgt mehr eine teigige Durchweichung des Epithels, so kann dies zu matschigen Auflagerungen und zu den typischen Blätterteigefflorescenzen des Pemphigus foliaceus führen.

Der Blasengrund kann nach dem Platzen oder Zusammenfallen der Blase völlig abheilen oder auch kann diese Heilung durch immer wieder neu entstehende Blasen unmöglich gemacht werden. Zeigt der Blasengrund keine Neigung zur Heilung, sondern bilden sich unter einem schmierigen Belag leicht wuchernde Granulationen, so haben wir das Bild des Pemphigus vegetans. Läßt, nachdem eine Blase sich gebildet hat, der Innendruck nach, so wird die Blase bald schlaff; wird der Inhalt trübe, fällt die Decke zusammen und nimmt exfoliierenden Charakter an, so ist dies der Uebergang zur Pemphigus foliaceus-Efflorescenz.

Meist führt der Pemphigus foliaceus bald ad exitum, ja es wird angenommen, daß der unbedingt letale Verlauf zur Diagnose gehöre. Das Krankheitsbild des Pemphigus foliaceus ist recht selten, in der Kieler Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten sind seit dem Jahre 1905 nur 5 Fälle von Pemphigus foliaceus und im ganzen 23 von chronischem Pemphigus zur Behandlung eingewiesen. 4 Patienten, die an Pemphigus foliaceus erkrankten, kamen ad exitum, während 1 Patient nach 2jähriger klinischer Behandlung entlassen werden mußte, und als Ungeheilter noch lebt, obwohl der Krankheitsbeginn schon 7 Jahre zurückliegt. Dieser besonders eigenartig verlaufende Fall soll eingehend mitgeteilt werden.

Die Vorgeschichte des Patienten enthält keine Hinweise auf eine Disposition für Hautkrankheiten, in der Familienanamnese werden ebenfalls Hautkrankheiten negiert. Der Vater des Patienten starb an Typhus, die Mutter und Geschwister leben und sind gesund. Der

Patient selbst machte lediglich im Jahre 1919 eine Grippe durch und glaubt, sonst nie krank gewesen zu sein. Die Anamnese der jetzigen Krankheit ergibt folgendes:

Im Juli 1927 bemerkte der Patient 2 Picken am Halse, die er abkratzte. Sofort bekam er heftige, brennende Schmerzen an der Stelle, doch nach einer Stunde waren diese wieder verschwunden. Erst einige Tage später bemerkte der Patient auf der linken Schulter gleiche juckende Picken, bald zeigte sich weitere Verbreitung dieser Picken über die Brust. Der heftige Juckreiz wurde so stark, daß der Patient arbeitsunfähig wurde und sich in klinische Behandlung begab, da durch die Behandlung des praktizierenden Arztes keine Besserung möglich gewesen war.

Der Aufnahmebefund am 22. 8. 1927 zeigt einen mittelgroßen, kräftig gebauten und in gutem Ernährungszustand befindlichen Patienten. Die eingehende Allgemeinuntersuchung ergibt nichts Pathologisches. Untersuchungen auf Lues sind negativ. Patient hält den Oberkörper wegen starker Spannung der Haut und da jedes Scheuern der Kleidung auf der Haut heftige Schmerzen macht, möglichst ruhig. Der Hautbefund ist folgender: Die linke Wange und die Gegend über dem linken Augenlid zeigen einzelne linsen- bis markstückgroße blaurote Flecken mit groblamellöser Schuppung; hinter dem linken Ohr eine zehnpfennigstückgroße, abgeblätterte Stelle, deren Epidermisreste schlaff aufliegen. Im Bereich anderer Flecken auf der Brust und im Rücken ist die Epidermis abgelöst und das freiliegende Corium mit Exsudatkrusten bedeckt.

In den nächsten Tagen schreitet der Prozeß weiter fort. Die linke Gesichtshälfte, obere Brust- und Rückenpartien und zum Teil das Abdomen zeigen linsen- bis markstückgroße, bläulichrote, leicht nässende Stellen, über welchen die Epidermis abgelöst ist und das Corium freiliegt. Frische Herde zeigen Epidermisfetzen und Exsudatkrusten, ältere sind mit lamellösen, übereinanderliegenden Schuppen bedeckt. Die Haut ist trocken und gespannt. Auf Brust und Rücken ist das Phänomen von Nikolsky deutlich auslösbar, d. h. beim Reiben oder stärkeren Streichen mit der Fingerkuppe läßt sich die Epidermis von den tieferen Hautschichten lösen. Dies Phänomen ist nur an den freien Stellen in befallenen Bezirken auszulösen, während es im Bereich der Glutaealgegend und der Extremitäten negativ ist. Bei täglich vorgenommenen Untersuchungen auf dieses Phänomen zeigte sich das recht interessante Ergebnis, daß Nikolsky schon einige Tage, bevor weitere Partien befallen wurden, an diesen Stellen positiv war. Die durch Reiben gesetzten Hautdefekte waren schon nach einem Tage von den typischen Hautveränderungen nicht mehr zu unterscheiden. Zu einer weiteren Ausbreitung hat das mehrstündige Verweilen des Patienten in der Sonne beigetragen; der Patient hatte sich aus eigener Initiative lange mit unbedecktem Gesicht in der Sommersonne aufgehalten. Schon am nächsten Tage war das Gesicht voll von nässenden Stellen.

Im Bereich des Abdomen treten bald einige erbsen- bis walnußgroße Blasen mit wasserklarem Inhalt auf. Diese werden schlaff und bieten den Uebergangstypus des Pemphigus vulgaris zum Pemphigus foliaceus. Als der Patient später eine Spannung der Haut am Unterschenkel angab, war hier noch nichts zu sehen; doch über Nacht traten an der angegebenen Stelle walnußgroße, wasserklare Blasen auf. Diese Blasen sind nach 2 Tagen zum Teil geplatzt und zeigen dann eine freie, stark nässende Fläche oder sie sind schlaff. Von den so entstandenen epidermisfreien Stellen breitet sich die Erkrankung aus; wie von einem Zentrum ausgehend, wird die Epidermis losgewühlt und in die typischen blätterteigartigen Schuppen verwandelt. Der Prozeß verbreitet sich über das Abdomen und im Bereich der unteren Extremitäten in dem beschriebenen Modus der Blaseneruption, die dann exfoliierenden Charakter annimmt; die Oberarme, die bald auch in den Krankheitsprozeß einbezogen werden, zeigen ein völlig anderes Bild. Durch Zerfall der Epidermis entstehen Defekte, die starke Krustenauflagerungen aufweisen. Diese verschiedenen Verlaufsformen bleiben in ihren Ausbreitungsbezirken bestehen. Der Prozeß schreitet unaufhaltbar fort, keine Stelle der gesamten Körperhaut bleibt verschont, an den unteren Extremitäten zeigt sich leichtes Oedem, an der rechten Verse tritt Nekrose auf.

Drei Monate nach Beginn der Erkrankung tritt langsam eine gewisse Beruhigung ein. Die Haut wird trockener, zeigt leichte Pigmentierung. Nikolsky wird an einigen Stellen negativ. Die später befallenen Hautpartien sind noch stark mit grauen, schmierigen, festsitzenden Krusten bedeckt.

Diese Ruheperiode dauert jedoch nicht lange. Bald treten an den eben abgeheilten Hautpartien wieder schlaffe Blasen und epidermislose, nässende Stellen auf. Dieser Zustand dauernder Abwechslung zwischen geringer Beruhigung und dauernden Recidiven dauert fast 2 Jahre. Dann scheint es so, als ob die Schübe nicht mehr so stark wie bisher auftreten. Es zeigen sich weniger nässende Partien und die ganze Körperhaut zeigt mehr die Neigung zu einer feinblättrigen Schuppung. Schleimhäute wurden im ganzen Verlauf der Erkrankung nie befallen.

Am 6. V. 1929 mußte der Patient aus finanziellen Gründen entlassen werden. Jahre hindurch besteht die Krankheit weiter. Am 5. VII. 1934 bietet sich folgendes Bild: Am ganzen Körper einschließlich Ohren, Hände, Füße zeigt sich Schuppung und Krustenbildung. Wässerige Durchtränkung der Haut mit zahlreichen ovalen, oberflächlichen und nässenden Gewebsdefekten, besonders an Fußrücken, Brust und Schultern. An Stellen, an denen sich die Haut ständig berührt, in beiden Achselhöhlen und in der Leistenoberschenkelgegend ist die Haut mazeriert. Die sichtbaren Schleimhäute sind völlig frei von pathologischen Veränderungen.

Fälle mit so überaus eigenartigem Verlauf finden sich in der Literatur recht wenig. Gilchrist, Pels and Hemmeler berichten über eine Pemphigus foliaceus, der nach 21 Jahren doch noch

ausheilte, die Diagnose soll von mehreren Autoritäten bestätigt sein. Fabry teilt einen Fall von Pemphigus foliaceus mit, der nachdem in 6—8 Wochen die ganze Haut von Blasen übersät war, die exfoliierenden Charakter annahmen, dann für 13 Jahre das Bild einer universellen Schuppung zeigte. Der Exitus erfolgte an Oesophagus-Carcinom. Die anderen Mitteilungen beschreiben den prognostisch infausten Verlauf und die Klinik des Pemphigus foliaceus.

Während des 2jährigen Klinikaufenthaltes konnten eingehende Untersuchungsbefunde erhoben werden. Die Allgemeinuntersuchung ergab keinerlei Erkrankungen, der Patient erfreute sich außer seiner allerdings beklagenswerten Hautkrankheit einer sehr guten Gesundheit. Das Aufnahmegewicht von 78 kg sank bis zur vollen Ausbildung des Krankheitsbildes im ersten Anlauf auf 66,5 kg ab. Mit der eintretenden Beruhigung des Krankheitsverlaufes steigt es wieder auf 72 kg und hält sich dank des gleichbleibenden guten Appetits und einer dem Geschmack des Patienten angepaßten Kost auf dieser Höhe, womit er sich in einem recht guten Ernährungszustand befindet.

Untersuchungen über den Kochsalzstoffwechsel sind in ihren Ergebnissen in der Literatur eingehend mitgeteilt. Berichte über Störungen finden sich schon um die Wende des Jahrhunderts, und eingehende chemische Urinuntersuchungen wurden 1908 von den Franzosen Cassaet und Micheleau mitgeteilt. Sie berichten über eine Kochsalzretention. Dieser Befund wird von zahlreichen Autoren bestätigt und alle außer Rosenthal legen diese Retention als ein Symptom der Krankheit aus. Urbach stellt die Kochsalzretention als eine vom Körper getroffene Schutzmaßnahme dar, da das Kochsalz als Hemmer des Eiweißzerfalls wirke. Als Ort der Retention wird in überwiegender Beteiligung die Haut selbst angegeben. Mitteilungen über den Kochsalzgehalt im Blutserum zeigen normale bis leicht erhöhte Werte.

Ueber den Zeitpunkt der Kochsalzretention liegen verschiedene Mitteilungen vor. Kartamischew weist auf den Wert der Harnkochsalzuntersuchung als Frühdiagnose hin. Baum berichtet über eine Retention in der ganzen Beobachtungszeit, andererseits teilen Stümpke, Kartamischew und Pokorny nur eine Retention während der Eruptionsphase mit und fanden normale Werte für den Kochsalzstoffwechsel zu den Zeiten, in denen die Krankheit Tendenz zur Heilung zeigte.

In unserem Falle war ein Parallelgehen der Kochsalzausscheidungsstörung mit dem Krankheitsbild festzustellen. Mit Progredienz der Krankheit fand sich starke Retention und eine Verminderung der Wasserausscheidung, mit dem Einsetzen einer Besserung im Hautbefunde zeigte sich auch eine wesentlich bessere Ausscheidung. Der Kochsalzgehalt betrug im Blutserum 571 ‰ und blieb damit in dem normalen Bereich von 500—600 ‰. Fortlaufend vorgenommene chemische Untersuchungen des Urins ergaben fast immer das gleiche Bild: Eiweiß war schwach positiv, auch gelegentlich hyaline Cylinder,

Urobilinogen waren normal, sonstige Proben waren, gelegentliche Ausnahmen nicht berücksichtigt, negativ.

Bei Untersuchungen des Blutbildes interessiert sehr das Verhalten der eosinophilen Leukocyten. Die Angaben der Literatur zeigen recht schwankende Werte, meistens findet sich eine durchschnittliche Steigerung auf 15—25 %, ein differenzialdiagnostischer Wert gegenüber der meist mit hohen Werten einhergehenden Dermatitis herpetiformis (Duhring) scheint nicht gegeben und ein prognostisches Zeichen scheint aus dem Verhalten der Eosinophilie nicht gegeben zu sein.

Wir sahen bei der ersten Ausbildung des Krankheitsbildes ein völliges Fehlen einer Eosinophilie, erst mit Einsetzen der Verschlechterung nach der Ruhepause trat eine Eosinophilie auf und zeigte Werte um durchschnittlich 19 %.

Eine Leukocytose sahen wir wie die Störung im Kochsalzstoffwechsel mit dem Krankheitsverlauf parallel gehen.

Mierzecki hält die Lymphocytose prognostisch für ein günstiges Zeichen. In diese Anschauung paßt eine hier gefundene Lymphocytose herein. Nach einem anfänglich leichten Zurückgehen der Lymphocytenwerte, bildet sich eine starke Lymphocytose aus, die Werte bis 50 % zeigt und sich weiterhin zwischen 30 und 40 % hält.

Ein leichtes Absinken der Erythrocytenwerte wird auf eine Verdünnung des Blutes durch verringerte Wasserausscheidung zurückgeführt.

Die Blutsenkungsgeschwindigkeit nach Westergreen abgelesen, zeigt dauernd leicht erhöhte Werte. Es fanden sich für die erste Stunde Durchschnittswerte von 32 mm und für die zweite solche von 56 mm.

Die Temperaturkurve steigt mit Ausbildung des Krankheitsbildes an, zeigt auf dessen Höhe stark intermittierenden Charakter zwischen 36,6 ° bis 38,8 °, 39 ja 40 °, um im späteren Verlauf fast dauernd leicht um 37 ° zu schwanken.

In bezug auf Disposition einer Rasse, einer Bevölkerungsgruppe oder eines Alters oder klimatischer Verhältnisse ist noch wenig Klarheit geschaffen. Eine besondere Rassendisposition wird von den Amerikanern der jüdischen, besonders der ostjüdischen Rasse, zugesprochen; diese soll gerade die besonders schwer verlaufenden Formen des chronischen Pemphigus aufweisen. Eine besondere Rassendisposition glaubt auch Seehawer, der das Material der Breslauer Hautklinik aus den Jahren 1900—1925 bearbeitet hat, annehmen zu müssen. Seehawer berichtet über 74 Fälle von chronischem Pemphigus, von denen 24 jüdisch sind. Für die einzelnen Verlaufsformen des chronischen Pemphigus fand er beim Pemphigus vulgaris eine Judenbeteiligung von etwas über ¼, beim Pemphigus foliaceus ⅓ und beim Pemphigus vegetans fast die Hälfte. Sichere Schlüsse will Seehawer aus diesem kleinen Material nicht ziehen. Der Ansicht einer Rassendisposition schließen sich Mierzecki, Neisser und Westberg an. Aus der Frankfurter Klinik können

Eliassow und Sternberg im Jahre 1924 allerdings nur über einen einzigen dort bisher vorgekommenen Fall von Pemphigus foliaceus berichten. Hochstein hat in seiner Zusammenstellung von 52 Fällen von Pemphigus nur 3 Juden. Auch das Material der Kieler Klinik weist nicht auf diese Rassendisposition hin. Es findet sich nur ein einziger Jude und gerade dieser ist der einzige an Pemphigus foliaceus erkrankte, der nicht ad exitum kam.

Nach Angaben der Literatur läßt sich eine Bevorzugung einzelner Bevölkerungsgruppen oder verschiedener Berufe in keiner Weise nachweisen. In bezug auf das Alter der Erkrankten, ergibt sich eindeutig eine Disposition der Altersgruppen zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr. Für die besondere Bevorzugung eines Auftretens in den Sommermonaten weisen einige allerdings recht spärliche Angaben hin.

Ueber eine Beteiligung der Schleimhäute finden sich übereinstimmende Angaben bei Galkus, Gordon and O'Leary und Seehawer. Sie sind der Ansicht, daß beim Pemphigus foliaceus im Gegensatz zu den anderen Formen des chronischen Pemphigus die Schleimhäute erst spät einbegriffen werden.

Aetiologische Angaben sind meistens so grundverschieden, daß die Suche nach der Ursache des chronischen Pemphigus — für alle Verlaufsformen ist wohl eine Ursache anzunehmen und die besondere Verlaufsart eines jeden Falles als durch die besonderen Verhältnisse der eben befallenen Haut bedingte Variation zu betrachten — bisher erfolglos blieb. Hereditäre Angaben lassen im Stich. Krankheiten in der persönlichen Anamnese finden sich nicht derart, daß es möglich wäre, Gruppen zu bilden. Angaben über den örtlichen Beginn oder die Ausbreitungsart führen nicht zu einer Klärung.

Sind die Theorien über die Aetiologie schon zahlreich, so sind die therapeutischen Versuche, die mit allen Mitteln, von denen man eine günstige Wirkung erhoffte, angestellt wurden, noch bedeutend zahlreicher. Schon immer war man sich der Aussichtslosigkeit jeder Therapie bewußt. Frank sagt 1843: „Die beste Behandlung des Pemphigus besteht im Nichtstun; denn ist das Uebel zugleich einfach, so soll der Heilkünstler nicht sowohl ein Mittel geben, sondern bloß ein zweckmäßiges Verhalten angeben und alles von dem Kranken abzuhalten suchen, was ihm Nachteil bringen könnte." Diese Meinung würde wegen der völlig unklaren Aetiologie und der nur durch einige Ausnahmen, von denen man auch nicht beweisen kann, daß sie ohne Therapie nicht den gleichen Verlauf genommen hätte, unterbrochenen Mißerfolge zu rechtfertigen sein; dies Verhalten würde aber nie die Möglichkeit bieten, doch einmal den Pemphigus kausal behandeln zu können. Wegen der wenigen Krankheitsfälle und dem meist raschen letalen Verlauf des Pemphigus foliaceus ist es recht schwierig, auf dem Gebiet der Therapie Erfahrungen zu sammeln. Ueberaus zahlreich sind die angegebenen Mittel, jedes Gebiet, in das man die Krankheit glaubt möglicherweise ätiologisch einreihen zu

können, hat die Therapieversuche gesteigert. Recht selten wird einmal von einer Besserung oder Heilung durch in ähnlichen Fällen auch verschiedene Mittel berichtet.

Brachte ein Mittel in einem Falle eine Besserung, so wird sicher über einen Fall berichtet, bei dem das gleiche Mittel keinen Erfolg oder auch Verschlimmerung brachte.

In dem eingehend beschriebenen Falle, war während des zweijährigen Klinikaufenthaltes nun die Möglichkeit einer langen Beobachtung der verschiedensten Mittel in ihrer Wirkungsweise gegeben.

Von lokalen Mitteln wird verlangt, daß sie mild und reizlos sind. Riecke hält Erfolge, die auf eine lokale Therapie bezogen wurden, für eine auch ohne diese oder trotz dieser Therapie zufällig auftretende Besserung im Krankheitsbild. So ist denn der Hauptzweck der lokalen Therapie die höchst unangenehmen Sensationen erträglich zu machen. Starke Spannungen und Brennen der Haut standen im Vordergrund der Beschwerden. Angewandt wurden: Oleum lini, Borsalbe, Zinkwismutsalbe, ½%ige Ichthyolzinkpaste, 3- und 5%ige Salicylvaseline, Umschläge mit Borwasser, Arg. nitricum 1 : 4000 und 1 : 1000. Als Salbengrundlage wurden Vaseline, Lanolin und Eucerin verwandt. Am besten wurde Eucerin c. Aqua ana von allen Salben vertragen. Balnacidbäder bis zu einer halben Stunde wurden als sehr angenehm empfunden.

Den verschiedenen Aetiologie-Theorien entsprechend wurden Therapieversuche unternommen. Die Annahme einer möglichen Störung im Funktionsbereich der Blutdrüsen führte schon früh zur Hormon-Therapie. Eine Störung der Thyreoidea voraussetzend, wurden Schilddrüsenpräparate gegeben. Ueber einen Erfolg mit Thyreoidin berichten Terentjew und Flamina, über eine ungünstige Beeinflussung berichtet Takei.

In unserem Falle wurde während zwei Monate Thyroxin verabreicht. Eine Beeinflussung des Krankheitsbildes war nicht zu beobachten.

Buschke und Langer sahen Parallelen zwischen einer Dysfunktion der physiologischen Genitalfunktion und dem Pemphigus. Alle Hinweise auch anderer Autoren beziehen sich auf Ovarialpräparate. Wochenlang hier durchgeführte Versuche mit Testogan zeigten keine Wirkung. Ebenso erfolglos wurde Splenotrat ausprobiert.

Die Möglichkeit einer cerebralen Aetiologie berücksichtigend, wurde eine Malariakur durchgeführt. 5 ccm Blut eines Paralytikers aus der Nervenklinik wurden dem Patienten i. v. zugeführt. Nach 8 Anfällen mit Fiebersteigerungen mit 40,9° wurde mit zweimal 2 ccm Solvochin i. m. kupiert; die Anfälle vertrug der Patient gut; ein Einfluß auf den Hautbefund ließ sich jedoch nicht feststellen.

Bestrahlungen mit Höhensonne — über erzielte Erfolge mit Höhensonne berichtet Madras — führten zu keiner Besserung. Die natürliche Sonne, in der sich der Patient aus eigener Initiative

länger aufgehalten hatte, führte zu einem rapiden Fortschritt der Erkrankung im Bereich der bestrahlten Haut.

Das Olobintin ließ in diesem Falle die von anderen Fällen her bekannte günstige Wirkung vermissen. Es wurde abgesetzt, da eine günstige Beeinflussung nicht eintrat.

Arsen ist das älteste Mittel und wird auch heute noch immer erprobt. In letzter Zeit werden mehr organische Arsenpräparate wie Atoxyl, Kakodyl, Neosalvarsan, Silbersalvarsan, Spirozid usw. verwendet. Für das Salvarsan liegen recht begeisternde Mitteilungen vor, ja Iser bezeichnet es sogar als Mittel der Wahl beim Pemphigus. Glänzende Erfolge durch Salvarsan wurden gemeldet, aber auch Versager und ungünstige Beeinflussung haben sich gezeigt. In unserem Falle brachte das Salvarsan als Myosalvarsan gespritzt eine Verschlechterung des Haut- und des Allgemeinbefundes. Die Temperatur stieg bis auf 39,8° und nahm intermittierenden Charakter an, das Körpergewicht fiel ab. Da diese Erscheinungen mit Absetzen des Salvarsans zurückgingen, sind sie wohl auf das Salvarsan zurückzuführen. Spirocid — zweimal 0,1 oder 0,2 und 1—3 Tage Pause — zeigte gute Verträglichkeit. Der Patient bekam 110 Tabletten, eine Besserung brachte es nicht. Ueber Spirocidschädigungen wird von Kren beim Schleimhautpemphigus berichtet.

Drei Monate lang wurde eine Leberdiät durchgeführt. Ein Erfolg war nicht zu sehen. Ueber eine wundervolle Heilung nach Leberpastete und Bier berichtet Hall Vincent bei einem 11jährigen Knaben. Die Schuppung sei so stark gewesen, daß man einen ganzen Abfalleimer hätte damit füllen können. Der Knabe verlangte nach Schweinsleberpastete und Bier. Da man ihn völlig aufgegeben hatte, glaubte man, diesen eigentümlich anmutenden Wunsch erfüllen zu müssen. Es zeigte sich eine auffällige Besserung und man gab dem Knaben während 3 Wochen täglich 2—3 Pfund Leberpastete und 6 Flaschen Bier. Es zeigte sich eine ununterbrochene Heilung, zum Schluß fehlten nur die Augenbrauen, die im Verlaufe der Krankheit sich abgeschält hatten.

Die Fülle der therapeutischen Versuche und all ihre Unzulänglichkeit kennzeichnet die bisher noch nicht gelungene Klärung des Krankheitsbildes. Das völlige Mißlingen in dem Suchen nach einer Ursache, die dies Krankheitsbild hervorruft, scheint darauf hinzuweisen, daß möglicherweise in jedem Falle die besondere Ursache angeschuldigt werden muß und die Verlaufsart durch die Reaktionslage des Befallenen bedingt ist.

Herrn Professor K l i n g m ü l l e r fühle ich mich für die Ueberlassung dieses Themas und die liebenswürdige Unterstützung zu verbindlichstem Dank verpflichtet.

Literatur-Verzeichnis.

Baum: Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 100, S. 105.

Baum, G.: Ein Beitrag zum Kochsalzstoffwechsel bei Pemphigus. Arch. f. Derm. 100, 275.

Buschke und Langer: Pemphigus und innere Sekretion. Derm. Wschr. 83, 1571.

Eliassow und Sternberg: Ein Fall von Pemph. fol. Derm. Ztschr. 42, 187.

Fabry: Beitrag zur Klinik und Pathol. d. Pemphigus fol. Arch. f. Derm. 70, 183; 121, 237.

Fonrobert: Arch. f. Derm. u. Syph. 1930, Derm. Wschr. 91, 1500.

Galkus: Ueber Pemphigus fol. Diss. 1910.

Gilchrist, Pels u. Hemmler: Pemph. fol. Amer. dermat. Soc. Ztbl. f. Hautkr. 26, 256.

Gitmul: Zur neueren Behandlung des Pemphigus. Diss. 1933.

Kartamischow: Arch. f. Derm. u. Syph. 143, 184—92; 146, 229—35; 148, 69—75.

König: 2 Fälle von Pemphigus in ihrer Beziehung zum Kochsalzumsatz. Diss. 1931.

Lipschütz: Arch. f. Derm. u. Syph. 153, 350—67.

Mierzecki: Pemph. chron. in seinen Varietäten als Pemph. vulg., fol. u. vegetans. Arch. f. Derm. 162, 115.

Neisser: IV. Kongreß d. dtsch. derm. Ges. 1895.

Nikolsky: Die Pemphigusgruppe. Arch. f. Derm. 64, 452.

Riecke: Hdb. d. Haut- u. Geschl.-Krkht. Kapitel über Pemphigus.

Seehawer: Beitrag zur Pemphigusfrage. Diss. 1926.

Urbach: Arch. f. Derm. u. Syph. 150, 52.

Lebenslauf.

Am 29. Mai 1910 wurde ich, Gerhard Reckeweg, in Löhne in Westf. geboren. Nach 4jährigem Besuch einer Vorschule ging ich zur Städtischen Oberrealschule in Herford über, an der ich nach 9 Jahren Ostern 1930 das Abitur bestand. Die ersten 4 Semester studierte ich in Göttingen, nach dem fünften Semester in Würzburg bestand ich dort das Physikum, auch das sechste Semester verbrachte ich in Würzburg, um mich im siebenten Semester nach Kiel zu wenden. Während des achten Semesters studierte ich in Freiburg und kehrte dann im neunten Semester nach Kiel zurück, um hier das Studium zu beenden.